

# FORMA DE ALIMENTAÇÃO NA ALTA HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDOS BRONCODISPLÁSICOS: PREVALÊNCIA E ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS CORRELACIONADOS

## FEEDING WAY IN THE DISCHARGE FROM HOSPITAL OF NEWBORN WITH BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA: PREVALENCE AND SPEECH THERAPY ASPECTS CORRELATED

Stefane Cristiane dos Santos Souza<sup>1</sup>, Thamires Borges da Cruz<sup>1</sup>, Mikaelly Damasio dos Santos Vital<sup>1</sup>, Euclides Maurício Trindade Filho<sup>2</sup>, Maria da Conceição Carneiro Pessoa de Santana<sup>3</sup>

### Resumo

**Introdução:** A Displasia Broncopulmonar ainda é considerada uma das importantes sequelas da prematuridade. Suas condições clínicas implicam no mau desempenho e maior gasto energético para a amamentação. **Objetivo:** Verificar a prevalência e aspectos fonoaudiológicos correlacionados à forma de alimentação na alta hospitalar de recém-nascidos broncodisplásicos. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo e transversal, realizado em um hospital universitário, no estado de Alagoas. Os dados foram coletados em 23 prontuários, respeitando os critérios de inclusão estabelecidos. **Resultados:** Foi possível encontrar como formas de alimentação na alta hospitalar o aleitamento materno exclusivo (47,8%), aleitamento misto (39,2%) e alimentação artificial (13,0%). Estando correlacionados principalmente com ausência de intercorrências pré-natais, idade gestacional, presença de intercorrências perinatais e pós-natais, uso de ventilação mecânica não-invasiva e de sonda nasogástrica, ausência de pausas esporádicas, sem tosse e engasgos e inco-ordenação do reflexo de sucção-deglutição-respiração. **Conclusões:** A prevalência da forma de alimentação na alta hospitalar de recém-nascidos broncodisplásicos foi de aleitamento materno exclusivo, sendo correlacionada aos aspectos fonoaudiológicos de ausência de pausas esporádicas, durante a alimentação, e de episódios de tosse e engasgos frequentes, além de inco-ordenação do mecanismo sucção-deglutição-respiração.

**Palavras-chave:** Displasia Broncopulmonar. Recém-nascido. Aleitamento. Alta hospitalar.

### Abstract

**Introduction:** Bronchopulmonary dysplasia is still considered one of the important sequelae of prematurity. Its clinical conditions imply poor performance and higher energy expenditure for breastfeeding. **Objective:** To verify the prevalence and speech-language aspects correlated to the feeding form at hospital discharge of bronchodysplastic newborns. **Methods:** A retrospective, descriptive and cross-sectional study conducted at a university hospital in the state of Alagoas. Data were collected from 23 newborn medical records, respecting the established inclusion criteria. **Results:** The forms of feeding at hospital discharge were: in exclusive breastfeeding (47.8%), mixed feeding (39.2%) and artificial feeding (13.0%). Correlated: absence of prenatal complications, gestational age between 23 and 31 weeks, presence of perinatal and postnatal complications, use of noninvasive mechanical ventilation and nasogastric tube, absence of sporadic pauses, no cough and choking and incoordination of the sucking, swallowing and breathing reflex. **Conclusions:** The study pointed out that the prevalence of the feeding form at hospital discharge of bronchodysplastic newborns was exclusive breastfeeding, which was correlated to the speech-language aspects: absence of sporadic pauses during feeding and frequent coughing and choking episodes, besides incoordination of the suction, swallowing and breathing mechanism.

**Keywords:** Bronchopulmonary Dysplasia. Newborn. Breastfeeding. Patient Discharge.

### Introdução

A cada ano, 15 milhões de prematuros nascem em todo o mundo, e 1 milhão deles morre poucos dias após o parto. O Brasil ocupa o décimo lugar na lista dos países que apresentam os maiores números de partos prematuros. A displasia broncopulmonar (DBP) é a doença pulmonar crônica mais frequente do período neonatal, que afeta os prematuros e contribui para sua morbidade e mortalidade. A causa da DBP é considerada multifatorial, destacando-se a prematuridade; a exposição prolongada à ventilação mecânica (VM) e ao oxigênio; o baixo peso ao nascimento; e eventos pré e pós natais, como inflamação e infecções<sup>1</sup>.

A ocorrência dessas condições clínicas implica em mau desempenho e um maior gasto energético para a amamentação, dificultando a retirada da sonda, pela inco-ordenação da sucção, deglutição e respiração (S/D/R), correndo-se risco de aspiração pulmonar<sup>2</sup>.

Dentre as possíveis formas de alimentação de recém-nascidos (RN) internados em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, há o aleitamento materno exclusivo, que proporciona o desenvolvimento adequado das funções e dos órgãos fonarticulatórios do recém-nascido, como também benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e econômicos, promovendo maior proteção contra infecções, diminui o risco de falência respiratória, apneia e displasia broncopulmonar<sup>3</sup>.

Quando a alimentação por via oral é insuficiente ou não é possível, a alimentação enteral (EN) é uma ferramenta valiosa, por meio de um tubo nasointestinal (PND) a médio prazo, ou gastrostomia (GT), se necessária a longo prazo. A nutrição enteral tem sido amplamente utilizada em crianças com doenças crônicas e é um pilar importante de seu tratamento. Isso inclui doenças do sistema respiratório, doenças neurológicas e condições associadas à prematuridade<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Discente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL.

<sup>2</sup> Docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL.

<sup>3</sup> Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL.  
Contato: Stefane Cristiane dos Santos Souza. E-mail: stefaneplech19@outlook.com

Por isso, a referida população está sujeita a receber alta hospitalar com diferentes formas de alimentação, como a denominado aleitamento artificial (AA), que ocorre através de bicos sintéticos; aleitamento misto (AM), sendo a amamentação associada à ingestão do suplemento com bicos artificiais; ou por aleitamento materno exclusivo (AME), forma de alimentação mais almejada pela equipe multidisciplinar, por ser considerada a melhor e mais satisfatória<sup>5</sup>.

Nesse contexto, a evolução clínica do RN com DBP depende da intervenção de uma equipe multidisciplinar, sendo o fonoaudiólogo um dos componentes dessa equipe, o seu trabalho tem o objetivo de proporcionar uma alimentação segura e efetiva, com uma colaboração especial na transição da alimentação enteral para via oral, sem riscos. Além da realização de orientações aos familiares e discussão dos casos com a equipe<sup>2</sup>.

As inúmeras intercorrências respiratórias justificam uma investigação das características alimentares comumente encontradas, nessa população, para que aperfeiçoemos a qualidade da assistência através de intervenções mais efetivas.

Este estudo teve o objetivo de verificar a prevalência e aspectos fonoaudiológicos correlacionados à forma de alimentação na alta hospitalar de recém-nascidos broncodisplásicos.

## Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e transversal, realizado num hospital público da capital de Alagoas, no Brasil. Os dados foram coletados por meio de investigação em 23 prontuários de RNs que receberam alta do Alojamento Conjunto (AC), com capacidade de dez leitos, e da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCA).

Não foram incluídos no estudo os prontuários de recém-nascidos de baixo peso com comprometimento neurológico, malformações congênitas, doenças respiratórias (pneumonia, asma, bronquite, outras) cardíacas, síndromes ou patologias que pudessem comprometer as funções e integridade do sistema sensorio motor oral.

A coleta de dados foi realizada com a utilização de um questionário com questões relacionadas a identificação materna (idade materna, idade gestacional (IG), tipo de parto, experiência quanto à amamentação e intercorrências pré-natais); características clínicas do RN (sexo, peso ao nascer, intercorrências perinatais e pós-natais); aspectos respiratórios (uso de ventilação mecânica e transição no suporte respiratório), aspectos fonoaudiológicos e alimentares (atuação fonoaudiológica, forma de alimentação inicial à internação do RN, tipo de sonda utilizada, presença de pausas esporádicas e tosse durante a alimentação, engasgos frequentes, integridade dos órgãos fonoarticulatórios, coordenação do reflexo de S/R/D e forma de alimentação na alta hospitalar).

A análise estatística foi realizada através de um estudo de prevalência por percentual, com o objetivo de obtenção da maior taxa na forma de alimentação da alta hospitalar de RNs com displasia broncopulmonar, utilizando-se a fórmula:

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{Número total de prontuários utilizados} \times 100}{\text{Número de prontuários apenas de uma forma alimentar}}$$

A amostragem do estudo, foi realizada por conveniência, consistindo em uma técnica muito comum, que visa selecionar uma amostra da população que seja acessível<sup>6</sup>.

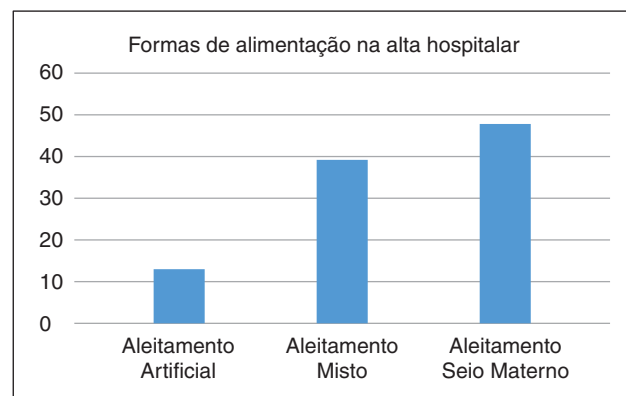
Posteriormente, para o reconhecimento da correlação das variáveis com a prevalência da forma de alimentação, foi realizada uma comparação entre as três formas alimentares e os valores obtidas das variáveis. Esta comparação foi efetuada pelo *Software BioEstat*® versão 5.0, utilizando-se o teste estatístico Qui-quadrado, sendo os dados das variáveis qualitativas apresentados em tabelas por frequência. Foi considerado significativo um valor de  $p < 0,05$ .

O *Software Microsoft*® *Excel*® (versão 2013) foi utilizado para a elaboração do banco de dados, codificação, digitação e análises.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), com Parecer Nº 2.442.668, em atendimento à Resolução MS/CNS Nº 466/2012 e suas complementares.

## Resultados

As formas de alimentação na alta hospitalar encontradas foram de  $n = 11$  (47,8%) para AME,  $n = 9$  (39,1%) para AM e  $n = 3$  (13,0%) para AA (Figura 1).



**Figura 1** - Forma de alimentação de recém-nascidos com displasia broncopulmonar. Hospital Universitário. Maceió - AL, 2017.

Sendo observado a relação das características pré-natais de: ausência de intercorrências pré-natais (47,8%) e a idade gestacional entre 23 a 31 semanas (34,8%) (Tabela 1).

Quanto aos dados perinatais encontrados tornou-se relevante a presença de intercorrências perinatais e pós-natais (47,8% e 30,4% respectivamente) (Tabela 2).

Já nos dados fonoaudiológicos foram pertinentes os aspectos de: ausência de pausas esporádicas durante a alimentação (47,8%), sem tosse (43,5%), mas com engasgos frequentes (43,5%) e incoordenação do reflexo de S/D/R (39,2%) (Tabela 3).

E nos aspectos respiratórios o uso do capuz de oxigênio (OXI-HOOD) e pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) (69,6%) foram relevantes (Tabela 4).

**Tabela 1** - Dados pré-natais dos recém-nascidos correlacionados com a forma da alimentação na alta hospitalar. Hospital Universitário. Maceió - AL, 2017.

Variáveis	AA		AM		AME		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Idade materna (anos)</b>							
18 a 30	1	04,4	2	08,7	5	21,7	0,7105
31 a 40	2	08,7	7	30,4	6	26,1	
<b>IG (em semanas)</b>							
23 a 31	3	13,0	4	17,4	8	34,8	<0,004
32 a 42	-	-	5	21,7	3	13,0	
<b>AME anteriormente</b>							
Sim	1	4,3	4	17,4	4	17,4	0,6627
Não	2	8,8	5	21,7	7	30,4	
<b>Intercorrências pré-natais</b>							
Sim	1	4,3	3	13,0	-	-	<0,001
Não	2	8,8	6	26,1	11	47,8	

n: número de sujeitos. %: porcentagem. SM: Aleitamento Seio Materno. AM: Aleitamento Misto. AA: Aleitamento Artificial. Idade materna\*: em anos. Idade gestacional: em semanas. p <0,05.

**Tabela 2** - Aspectos Perinatais dos recém-nascidos comparados com o perfil alimentar encontrado na alta. Hospital Universitário. Maceió - AL, 2017.

Variáveis	AA		AM		AME		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tipo de parto</b>							
Cesária	2	8,8	6	26,1	7	30,4	0,9453
Vaginal	1	4,3	3	13,0	4	17,4	
<b>Sexo do RN</b>							
Feminino	2	8,8	6	26,1	7	30,4	0,9453
Masculino	1	4,3	3	13,0	4	17,4	
<b>Peso ao nascer (em gramas)</b>							
800 a 1000	2	8,8	7	30,4	8	34,8	0,7149
1500 a 2500	1	4,3	2	08,8	3	13,0	
<b>Intercorrências Perinatais</b>							
Sim	3	13,0	9	39,1	11	47,8	<0,001
Não	-	-	-	-	-	-	
<b>Intercorrências pós-natais</b>							
Sim	-	-	6	26,1	7	30,4	<0,001
Não	3	13,0	3	13,0	4	17,4	

n: número de sujeitos. %: porcentagem. SM: Aleitamento Seio Materno. AM: Aleitamento Misto. AA: Aleitamento Artificial. AME: Aleitamento Materno Exclusivo. RN: Recém-nascido. Int. Perinatais\*: intercorrências perinatais. Int. pós-natais: Intercorrências pós-natais. p <0,05.

**Tabela 3** - Características miofuncional orofacial e de deglutição dos recém-nascidos relacionado a via de alimentação na alta. Hospital Universitário. Maceió - AL, 2017.

Variáveis	AA		AM		AME		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Via de alimentação</b>							
Apenas sonda	3	13,1	9	39,1	04	17,4	<0,0001
Mista	-	-	-	-	07	30,4	
<b>Tipo de sonda</b>							
SOG	3	13,1	5	21,7	03	13,0	<0,0001
SNG	-	-	4	17,4	08	34,8	
<b>Pausas alimentares</b>							
Sim	3	13,0	8	34,8	-	-	<0,0001
Não	-	-	1	04,3	11	47,8	
<b>Tosse</b>							
Sim	-	-	4	17,4	01	04,4	<0,001
Não	3	13,0	5	21,7	10	43,4	
<b>Engasgos frequentes</b>							
Sim	3	13,0	8	34,8	01	04,3	<0,001
Não	-	-	1	04,4	01	43,5	
<b>Coordenação S/D/R</b>							
Sim	-	-	8	34,8	02	08,7	<0,001
Não	3	13,1	1	04,4	09	39,1	
<b>Atuação Fonoaudiológica</b>							
Não	-	-	-	-	04	17,4	<0,0001
Sistemática	3	13,1	7	30,4	04	17,4	
Assistemática	-	-	2	08,7	03	13,0	

n: número de sujeitos. %: porcentagem. SM: aleitamento seio materno. AM: aleitamento misto. AA: aleitamento artificial. SNG: Sonda Nasogástrica. SOG: sonda orogástrica. SxDxR: sucção, deglutição, respiração. assis: assistemática, sist.: sistemática. \*apenas sonda. p <0,05.

**Tabela 4** - Aspectos respiratórios dos recém-nascidos e o perfil alimentar na alta hospitalar. Hospital Universitário. Maceió - AL, 2017.

Variáveis	AA		AM		AME		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Uso de suporte respiratório</b>							
Sem necessidade	-	-	3	13,0	-	-	0,002
CPAP e HOOD	-	-	2	08,8	7	30,4	
IOT e Cateter Nasal	3	13,1	4	17,3	4	17,4	
<b>Transição no método respiratório</b>							
Nenhuma transição	3	13,1	7	30,4	8	34,8	0,1077
VMI para VNI	-	-	2	08,7	3	13,0	
VNI para VMI	-	-	-	-	-	-	

n: número de sujeitos. %: porcentagem. SM: Aleitamento Seio Materno. AM: Aleitamento Misto. AA: Aleitamento Artificial. CPAP: Pressão Positiva Contínua em vias aéreas. OXI-HOOD: Capuz de Oxigênio. VNI: Ventilação Mecânica não Invasiva. VMI: Ventilação Mecânica Invasiva. \*transição no método respiratório. p <0,05.

## Discussão

A prevalência da forma de alimentação para aleitamento materno exclusivo encontrada no presente estudo foi semelhante aos achados de Evangelista *et al.*,<sup>7</sup> que também identificou o predomínio da amamentação exclusiva, na alta hospitalar, em um grande número de recém-nascidos com DBP, mostrando que as dificuldades respiratórias e de coordenação S/R/D, durante a alimentação, foram mais comuns no uso da mamadeira e com o copo, possivelmente devido à dificuldade desses RNs em lidar com volumes maiores ou fluxos mais rápidos. Em contrapartida, no seio materno e na técnica de translactação, ocorreram situações de alimentação mais estáveis e confortáveis.

Na amamentação é possível observar benefícios tanto para o bebê quanto para sua mãe. O recém-nascido apresenta, fisiologicamente, uma grande desproporção entre o crânio e a face, apresentando um aspecto de face curta e mandíbula pequena. A face necessita de estímulos externos para se desenvolver, os quais são oferecidos naturalmente pela amamentação, respiração e deglutição<sup>8</sup>.

O Método Canguru é uma importante estratégia, pois facilita a amamentação exclusiva para RNBP até o sexto mês de vida, além de associar-se à maior duração de aleitamento materno e à maior produção de leite. Trata-se de uma política nacional de saúde, lançada pelo Ministério da Saúde como Normas de Atenção Humanizada ao RNBP – Método Canguru (NAHRNBP-MC), desde 2000<sup>9</sup>.

Quanto a incidência da IG entre 23 a 31 semanas encontrada corrobora com Dik *et al.*,<sup>2</sup> que evidenciaram um aumento na predominância da DBP (definida como necessidade de oxigênio em 36 semanas) nos últimos 20 anos e a coloca em mais de 40% para bebês prematuros nascidos entre 22 e 28 semanas, destacando está uma das características da displasia pulmonar crônica.

Por isso, quanto menor a idade gestacional pode apresentar imaturidade da integridade dos órgãos fonoarticulatórios, incoordenação das funções de sucção, deglutição e respiração, reflexo de tosse e imaturidade gástrica. Para alimentação por via oral o recém-nascido deve ter ritmo e coordenação entre a sucção-deglutição-respiração<sup>3</sup>.

Com relação à variável peso, este não apresentou um valor significativo estatisticamente para apenas uma forma de alimentação, mas foi possível observar as maiores taxas entre 800g à 1000g, o que se considera o baixo peso umas das características clínicas dos recém-nascidos com displasia broncopulmonar<sup>2</sup>.

Outro fator que pode justificar este fato, é que o neonato broncodisplásico exibe um ganho de peso mais lento necessitando de uma reserva energética, que afeta seu suporte nutricional e crescimento, pois que recém-nascidos com DBP apresentam dificuldades alimentares devido aos constantes episódios queda de saturação de oxigênio durante as mamadas e disfunção de coordenação da tríade sucção-deglutição-respiração, sendo, portanto, elevado o gasto energético na manutenção destas funções<sup>10</sup>.

Segundo Medeiros *et al.*,<sup>11</sup> estudos preconizam a retirada precoce de sonda enteral e oferta VO, outros têm apontado para o "descompromisso" com a retirada

da sonda precocemente com a finalidade de garantir o aleitamento materno exclusivo, sem introduzir formas alternativas para oferta de dieta por VO. Há a possibilidade de o fonoaudiólogo realizar o treino de sucção não nutritiva (SNN), introduzindo o dedo mínimo enluvado na cavidade oral do RN para que ele sugue, enquanto a dieta é oferecida na sonda. O aprimoramento da sucção pode contribuir positivamente para a coordenação da S/D/R no momento de receber o alimento por via oral.

Calheiros *et al.*,<sup>12</sup> Realizou um estudo para evidenciar a preferência dos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal pelo uso da sonda nasogástrica ou orogástrica, entretanto não conseguiu definir um consenso entre os profissionais de saúde quanto à preferência, apresentando como principais justificativas que esta não interfere na respiração nasal, causa menos traumas na cavidade nasal e proporciona melhor fixação. Já a outra metade dos profissionais entrevistados prefere a SNG, por facilitar a estimulação orofacial e sucção não nutritiva e facilitar a estimulação da sucção no seio materno.

Sendo esta evidencia ratificada neste estudo, no qual foi possível observar a associação dos maiores índices de alimentação por AME, com o uso prevalente da SNG, seguido por atuação fonoaudiológica sistemática, principalmente no período em que os RNs possuíam ingesta alimentar mista (sonda + VO).

Quanto à relação da ausência de intercorrências pré-natais encontrada como relevante para os recém-nascidos com o AME, pode ser justificado pela importância da realização do pré-natal que representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante<sup>13</sup>.

Um dos fatores que reduzem a taxa de intercorrências perinatais e a assistência ventilatória, que permite o resgate e manutenção do paciente com insuficiência cardiorrespiratória; graças a essa intervenção, é possível salvar a vida de muitos pacientes recém-nascidos em salas de terapia intensiva neonatal. No entanto, o uso desse suporte induz lesão pulmonar, leva a danos estruturais irreversíveis e altera a função respiratória e hemodinâmica, levando a complicações que alteram a evolução e o prognóstico do paciente<sup>14</sup>.

Quanto ao uso da ventilação mecânica não invasiva correlacionada ao AME, incluem como principais objetivos a diminuição do trabalho respiratório, a melhora das trocas gasosas, a redução da necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) e do tempo de internação hospitalar, diminuindo também o risco de displasia broncopulmonar, barotrauma e pneumonia<sup>15</sup>.

Mesmo apresentando incoordenação dos reflexos de S/D/R, os indivíduos com AME apresentaram uma alimentação sem pausas e sem tosse, o que proporcionou uma ingestão sem engasgos. Resultados semelhantes aos encontrados por Evangelista *et al.*,<sup>7</sup> que afirmam que a principal dificuldade dos RNs com DBP consiste na apresentação de um intervalo entre os movimentos inspiratórios curtos, restando pouco tempo para a deglutição, dificultando com isso a coordenação sucção-deglutição-respiração.

Ângulo *et al.*,<sup>4</sup> descreveram as características e

o resultado do processo de reabilitação da alimentação oral, em grupo de crianças com doenças respiratórias graves que receberam nutrição enteral por um longo período de tempo, mostrando que 54,9% das crianças conseguiram a reabilitação via oral, destacando o importante o trabalho da equipe multidisciplinar.

A participação do fonoaudiólogo na reabilitação oral, pode se tratar de por se tratar de profissional com habilidades para trabalhar o funcionamento típicos dos órgãos fonoarticulatórios responsáveis pela função de sucção, respiração, deglutição, mastigação, voz e fala<sup>2</sup>. Essa contribuição foi evidenciada neste estudo de forma mais sistemática nos RNs com prevalência maior no aleitamento misto, pois se tratava de um

grupo que estava em transição alimentar, possuindo uma grande possibilidade de evoluir para AME.

Destaca-se como limitação do estudo a ausência de registros importantes como a escala de APGAR e outros aspectos importantes para a avaliação de uma amostra maior.

Conclui-se que a prevalência da forma de alimentação na alta hospitalar de recém-nascidos broncodisplásicos foi de aleitamento materno exclusivo, sendo correlacionada aos aspectos fonoaudiológicos como a ausência de pausas esporádicas durante a alimentação e de episódios de tosse e engasgos frequentes, além de incoordenação do mecanismo sucção, deglutição, respiração.

## Referências

1. Silva LV, Araújo LB, Azevedo VMGO. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes nascidos prematuros com e sem displasia broncopulmonar no primeiro ano de vida. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2018; 30(2): 174-180.
2. Dik PHB, Gualdrón YMN, Galletti MF, Criolioli CM, Mariani GL. Displasia broncopulmonar: incidencia y factores de riesgo. *Arch Argent Pediatr*, 2017; 115(5): 476-482.
3. Silva WF, Guedes ZCF. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. *Rev CEFAC*, 2015; 17(4): 1232-1240.
4. Calado DFB, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Rev CEFAC*, 2012; 14(1): 176-181.
5. Ângulo D, Bustos E, Sánchez, Barja S. Rehabilitación de la alimentación por vía oral en niños con enfermedades respiratórias crónicas y nutrición enteral prolongada. *Nutr Hosp*, 2016; 33(4):765-770.
6. Goode W. *Métodos em pesquisa social*. Lisboa: Editorial Nacional; 2015.
7. Evangelista D, Oliveira A. Transição alimentar em recém-nascidos com displasia broncopulmonar. *Rev CEFAC*, 2009; 11(1): 102-109.
8. LAUB M. Breast Feeding Difficulties and Temporomandibular Joint (TMJ) Dysfunction. West Hartford; 2015.
9. Santana MCCP, Silveira BLD, Santos ICDS, Mascarenhas MLVDC, Dias EGC. Métodos alternativos de alimentação do recém-nascido prematuro: considerações e relato de experiência. *Rev Bras Ciên Saúde*, 2016; 2(20): 157-162.
10. Almenida AKF, Carvalho EM, Sá FE, Frota LMCP, Castro MG. Avaliação comportamental de recém-nascidos prematuros com displasia broncopulmonar. *Ver Fisioter S Fun*, 2014; 3(2):13-23.
11. Medeiros AM, Oliveira ARM, Fernandes AM, Guardachoni GAS, Aquino JPSP, Rubinick ML *et al*. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. *J Soc Bras Fonoaudiol*, 2011; 23(1): 57-65.
12. Calheiros SE, Martins HM, Bianchini EM, Nunes JA. Preferência dos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal pelo uso da sonda nasogástrica ou orogástrica. *Distúrb Comun*, 2014; 26(2): 316-326.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal, revisado em jan 2016.
14. Torres-Castro C, Vale-Leal J, Martínez-Limón AJ, Lastre-Jiménez Z, Delgado-Bojórquez LC. Complicaciones pulmonares asociadas a ventilación mecánica en el paciente neonatal. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 2016; 73(5): 318-324.
15. Gomes CTF, Malvão MM. *Ventilação não invasiva em UTI neonatal: revisão bibliográfica* [Monografia]. Pindamonhangaba (SP): Faculdade de Pindamonhangaba; 2015. 34 p.